

**Qualidade Subjetiva do Sono, Sintomas Depressivos e
Sentimentos de Solidão em Idosos Institucionalizados e Não
Institucionalizados**

Mariana Simões Napoleão

Dissertação apresentada ao ISMT para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, julho de 2016

Agradecimentos

Chegada ao fim esta etapa tão importante para mim, quero agradecer a todas as pessoas que contribuíram para o meu sucesso e me apoiaram nos momentos mais difíceis. Gostaria de agradecer primariamente à Casa de Repouso, ao Lar da Santa Casa da Misericórdia de Soure e a todos os idosos intervenientes nesta Dissertação de Mestrado por terem tornado o meu estudo possível! Obrigada por me terem escutado, por me terem confiado a vossa vida, pelas partilhas e pelo carinho!

Agradecer à Professora Doutora Helena Espírito Santo por todos os ensinamentos ao longo destes anos e agradecer-lhe também as suas partilhas de experiências que em tanto contribuíram para o meu crescimento não apenas enquanto mestrande, mas como pessoa individual e futura psicóloga. Obrigada por todas as horas que dedicou ao meu projeto de investigação, pela persistência e insistência! Obrigada por ter alimentado a minha loucura e perfeccionismo pois só assim consegui chegar aqui! Obrigada também por ter acreditado sempre em mim mesmo quando eu não acreditei!

Quero agradecer aos meus pais, avós e tios por terem tornado este percurso possível na minha vida, o investimento académico sempre foi o meu grande objetivo de vida e continuará a ser até ser velhinha! Obrigada pais pelo esforço que sempre fizeram para eu pudesse terminar o meu curso e por acreditarem que sou capaz de chegar onde quero!

Quero agradecer também aos meus amigos pelo apoio incondicional, pelo ombro amigo, pelas horas infinitas de desabafos e por terem compreendido as minhas ausências!

Quero ainda agradecer a uma pessoa muito querida que tive o prazer de conhecer durante estes anos de vida académica e que me ensinou e ajudou muito... Obrigada Doutora Mariana Marques por ser um Ser Humano tão bonito!

“Obrigado a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.”

Augusto Branco

OBRIGADA!

Resumo

Parece existir uma associação entre solidão e uma pobre qualidade subjetiva do sono. Em reforço desta ideia, alguns estudos mostraram que os sentimentos de solidão se associam a uma menor satisfação do sono, mesmo que a sua duração não esteja diminuída. Outros mostraram que a solidão se associa a sintomas depressivos. Sabe-se que na institucionalização são frequentes os problemas de sono, depressão e solidão. No entanto, falta saber o que se passa nas respostas sociais portuguesas.

Assim foram os nossos principais objetivos descrever a qualidade subjetiva do sono e analisar a intensidade dos sintomas depressivos e dos sintomas de solidão em idosos institucionalizados, comparar com uma subamostra de idosos não institucionalizados e analisar a relação entre estas variáveis nas duas subamostras.

Cento e quarenta idosos, com 70 institucionalizados e 70 não institucionalizados foram emparelhados por idade, sexo, escolaridade, estado civil e sem défice cognitivo. A média de idades foi de 76,58 ($DP = 6,10$), sendo 104 mulheres e 36 homens. Como instrumentos para a análise utilizámos um Questionário Sociodemográfico, o Questionário sobre o Sono na Terceira Idade, o Inventário de Depressão Geriátrica e a Escala de Solidão da Universidade da Califórnia, Los Angeles.

Verificou-se que os idosos institucionalizados apresentavam mais sentimentos de solidão do que os não institucionalizados. Contudo, não se verificaram diferenças entre as duas subamostras em relação aos sintomas depressivos e à qualidade subjetiva do sono. Através de uma análise correlacional verificou-se nas duas subamostras que quanto pior a qualidade subjetiva do sono mais sintomas depressivos se observavam e quanto mais sintomas depressivos, mais sentimentos de solidão.

Concluimos que não houve diferenças na qualidade subjetiva do sono pelo tipo de resposta social ainda que haja mais sintomas depressivos e sintomas de solidão nos idosos institucionalizados. Não encontramos também relação entre o sono e a solidão nos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Sono, Depressão, Solidão, Institucionalização

Abstract

There seems to be an association between loneliness and poor subjective sleep quality. In support of this idea, some studies have shown that feelings of loneliness are associated with less satisfaction sleep, even if your life is not diminished. Others have shown that loneliness is associated with depressive symptoms. It is known that in the institutionalization are frequent problems with sleeping, depression and loneliness. However, lack know what is happening in the Portuguese social responses.

So were our main objectives describe the subjective quality of sleep and analyze the intensity of depressive symptoms and loneliness symptoms in institutionalized elderly, compared with a non-institutionalized elderly subsample and analyze the relationship between these variables in both subsamples.

One hundred and forty older adults, with 70 institutionalized and 70 non-institutionalized were matched by age, sex, education, marital status and without cognitive impairment. The average age was 76.58 (SD = 6.10), including 104 women and 36 men. As tools for the analysis we used a sociodemographic questionnaire, the Questionnaire About Sleep in the Older Adults, Geriatric Depression Inventory and the Loneliness Scale of the University of California, Los Angeles.

It was found that the institutionalized older adults had more feelings of loneliness than non-institutionalized. However, there were no differences between the two subsamples in relation to depressive symptoms and subjective sleep quality. Through a correlational analysis it was found in the two subsamples that the worse the subjective sleep quality more depressive symptoms were observed and the more depressive symptoms, more feelings of loneliness.

We concluded that there no differences in subjective sleep quality by the type of social response even though there are more depressive symptoms and symptoms of loneliness in the elderly. Also we did not find relationship between sleep and loneliness in the elderly.

Keywords: Sleep, Depression, Loneliness, Institutionalization

Introdução

Envelhecer é uma parte importante de todas as sociedades humanas e é também um processo biopsicossocial que ocorre a vários níveis, pois reflete não só mudanças biológicas e sociais mas também psíquicas (Barreto, 1984). Tais mudanças têm interações recíprocas e complexas na sua generalidade (Barreto, 1984). É também um processo multidimensional na medida em que os fatores ambientais podem funcionar como protetores ou podem também piorar os sinais de envelhecimento, relacionados com processos biológicos, neurológicos e comportamentais de uma forma indireta (Schmidt, Peigneux e Cajochen, 2012).

Com o avançar dos anos ocorrem diversas mudanças nos padrões de sono, nomeadamente: mais acordares, dificuldade em manter o sono, um sono não reparador, sonolência diurna (Ancoli-Israel, 2005). Num estudo epidemiológico realizado por Foley, Ancoli- Israel, Britz e Walsh (2004) verificou-se que cerca de mais de 50% das pessoas idosas apresentam problemas do sono, nomeadamente insónia, contudo os problemas do sono crónicos foram associados primariamente com problemas de saúde.

Embora os idosos vão para a cama mais cedo, aumenta a latência do sono (Quinhones e Gomes, 2011) e o número de acordares por noite também aumenta com o envelhecimento (Cooke e Ancoli- Israel, 2011). Uma má qualidade do sono em idosos, dificuldade em iniciar e mantê-lo, resulta num maior risco de mortalidade e morbilidade (Espiritu, 2008; Neikrug e Ancoli-Israel, 2010). Vários estudos demonstram que a latência do sono prolongada se relaciona com várias perturbações do sono (Dew et al., 2003; Ohayon e Vecchierini, 2005). Assim, a prevalência de alguns distúrbios do sono, tais como, a perturbação do sono em REM, o síndrome das pernas inquietas ou a apneia do sono aumentam com a idade (Neikrug e Ancoli-Israel, 2010; Roepke e Ancoli-Israel, 2010). Sabe-se que os distúrbios do sono são mais prevalentes e severos em idosos institucionalizados do que em idosos residentes em comunidade. Uma das principais alterações que se verifica é a fragmentação do sono, com despertares noturnos frequentes, que podem gerar sonolência diurna excessiva (Araújo e Ceolim, 2010). Também condições clínicas e psiquiátricas que se relacionam com a má qualidade do sono são prevalentes em idosos institucionalizados contribuindo de forma negativa para o aumento de queixas a esse respeito (Araújo e Ceolim, 2010).

Ainda Krishnan e Hawranik (2008) no seu estudo revisão encontraram que outros fatores podem levar a que os idosos apresentem insónia tais como: a permanência em ambientes barulhentos, ambientes sem uma temperatura adequada ou sem iluminação.

As queixas de sono são muitas vezes consideradas normais no envelhecimento (Krishnan e Hawranik, 2008) contudo, a insônia nos idosos está associada a uma baixa qualidade de vida, a um aumento dos cuidados de saúde e à institucionalização (Ancoli- Israel e Cooke, 2005). A insônia é apontada como um dos principais fatores na decisão para a institucionalização (Walsh e Engelhardt, 1999) e mais de 50% dos idosos têm sido institucionalizados devido aos distúrbios do sono (Sanford, 1975).

A prevalência da insônia em pessoas com mais de 65 anos de idade é superior a 40% sendo mais prevalente no sexo feminino (Foley et al., 2004). Segundo Monane (1992) a insônia afeta cerca de metade das pessoas idade superior a 65 anos ou afeta cerca de 20% a 40% dos idosos. Ohayon (2002) no seu estudo de revisão relatou que em idosos não institucionalizados, entre 15-45% das pessoas mencionavam dificuldade em adormecer, entre 20-65% sono perturbado, entre 15% e 54% acordares demasiado cedo pela manhã e 10% um sono não reparador. A insônia é caracterizada pela dificuldade em adormecer e manter o sono o que resulta em dificuldades no cumprimento das atividades da vida diária (Crowly, 2011). Contudo, é difícil e desafiante definir esta perturbação do sono (Galami, 2010). Como afirma Galami (2010), na sua revisão, a privação do sono reporta-se à perda de sono que ocorre na presença de oportunidade(s) e circunstância(s) inadequada(s) para dormir. Para o mesmo autor, a insônia refere-se à perda de sono mesmo estando reunidas as condições para o fazer.

Todavia, focando as definições formais de insônia, esta caracteriza-se, segundo a Classificação Internacional das Perturbações do Sono-2 (ICSD-2, 2005), por uma dificuldade repetida na iniciação, duração, consolidação ou qualidade do sono, que acontece mesmo quando a pessoa dispõe do tempo e condições adequadas para dormir conduzindo assim a um prejuízo diurno. Segundo a quinta versão do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2013), a insônia implica a existência de dificuldades em iniciar e manter o sono ou um sono não reparador, ocorrendo pelo menos três noites por mês, com a duração de pelo menos três meses, sendo que a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional bem como em outras áreas importantes da vida da pessoa. As queixas de insônia são mais prevalentes nos indivíduos idosos e o tipo de sintomas de insônia altera-se em função da idade sendo mais comum nesta população a dificuldade em manter o sono.

Um estudo realizado por Babar et al. (2000) mostrou que a dificuldade em dormir está associada a uma pior qualidade de vida e a sintomas depressivos. A depressão é outra condição comum nos idosos que gera sofrimento e diminuição da qualidade de vida (Blazer, 2002; Doraiswamy, Khan, Donahue e Richard, 2002), chegando a prevalência aos 8-16% (Cole e

Yaffe, 1996). Pesquisas constataram que a insônia e a depressão estão intimamente relacionadas, sendo notório que a insônia não tratada pode resultar em depressão e a presença de um humor deprimido pode estar na causa do desenvolvimento de insônia (Cole e Dendukuri, 2003). Inúmeros outros fatores afetam a arquitetura do sono e os sintomas depressivos incluindo: o uso de medicamentos, nomeadamente os antidepressivos, as benzodiazepinas, os ansiolíticos e os hipnóticos (Armitage, 2000; Gursky; Krahn, 2000; Krishnann e Hawranik 2008); doenças cardiovasculares; a diabetes; o Parkinson; o consumo abusivo de álcool a ansiedade e as funções cognitivas (Foley et al., 2004; Roberts, Shema, Kaplan e Strawbridge, 2000).

Alguns estudos têm mostrado também que os sintomas depressivos na velhice estão associados com a solidão (e.g., Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley e Thisted, 2006; Victor e Yang, 2012; Zebhauser et al., 2014). Cacioppo et al. (2006) mostraram no seu estudo que existe uma forte associação entre sintomas depressivos e a solidão, experienciando os homens sintomas mais elevados de solidão em comparação com as mulheres. Por outro lado, Zebhauser et al. (2014) no seu estudo apontaram que as mulheres apresentam mais sintomas depressivos em relação aos homens na mesma condição não havendo diferenças em relação à solidão. Neto e Corte-Real (2013) investigaram a prevalência de depressão em idosos institucionalizados, bem como a sua rede de suporte social e concluíram que 48% dos inquiridos apresentavam depressão ligeira e 24% depressão grave. Em relação à rede de suporte social, verificou-se que 56% dos inquiridos incluiu uma a duas pessoas na sua rede de suporte, 40% mais do que duas pessoas e 4% referiu não ter ninguém. Assim, os autores concluíram que quanto maior é a satisfação com a rede de suporte menor é o índice de depressão.

Outro estudo realizado por Barroso (2006), mostrou a existência de diferenças entre solidão e sintomas depressivos em relação à situação residencial na medida em que os idosos institucionalizados apresentaram níveis de solidão superiores ao idosos que viviam em contexto comunitário.

Dois outros estudos mostraram ainda que a depressão e a solidão estão associadas, na medida em que a solidão constitui um fator de risco para a depressão ou vice-versa (e. g., Houtjes et al., 2014; Vaz e Gaspar, 2011) Isto é especialmente importante na medida em que a solidão ocorre mais frequentemente com o avançar da idade quando as pessoas são confrontadas com o medo da perda de um cônjuge, de parentes e amigos (Penna e Santo, 2006). Estas perdas conduzem, conseqüentemente, a uma contração na rede social e possíveis sentimentos de solidão (Pinquart e Sorensen, 2001).

Ao longo da vida os indivíduos dependem de um grupo social ao qual estão associados, necessitando dele para o seu desenvolvimento e sobrevivência (e.g., Furstenberg, 2002; Lloyd-Sherlock, 2002; Silvestre e Neto, 2003). Atualmente é comum associar-se os indivíduos idosos a pessoas solitárias. Contudo, não é necessariamente verdade, o facto de muitos idosos se encontrarem isolados não é sinónimo de solidão, podendo em muitos casos estar associada a diversas situações de vida como por exemplo, o estado civil ou o estado de saúde (Havens Hall, Sylvestre e Jivan, 2004; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pikala, 2005), a perda da rede de trabalho, a afastamento de amigos (Holvast et al., 2015) e a institucionalização (Smith, 2007). Relativamente à institucionalização alguns estudos mostram que os idosos tendem a sentir-se mais sós e insatisfeitos na medida em que se encontram afastados das suas redes sociais e os dias se tornam mais monótonos (De Jong- Gierveld e Havens, 2004; Fonseca, 2005).

Num estudo realizado por Scocco, Rapattoni e Fantoni (2006) foi analisado o impacto da entrada nos lares e verificaram que, quando os idosos entravam nos lares havia uma prevalência de somatização, depressão, ansiedade e psicoticismo e a qualidade de vida era percecionada como baixa. É também importante referenciar um outro estudo realizado por Russel, Peplau e Ferguson (1978) cujo objetivo primordial foi avaliar a probabilidade de associação entre a admissão ao lar e a solidão, tendo concluído a existência de uma correlação forte entre as duas variáveis.

É de registar que a percepção dos idosos face à solidão é influenciada por algumas variáveis sociodemográficas. Assim, vários estudos foram desenvolvidos ao longo dos anos, evidenciando uma maior percepção de solidão no sexo masculino, em idosos viúvos, solteiros e com baixos rendimentos (e.g., DiTommaso, Brannen e Best, 2004; Neto, 2000), o mesmo se verificou com indivíduos que viviam em zonas rurais (Savikko et al., 2005). Ainda Savikko et al. (2005) e também Liu e Guo (2007) referem que a solidão aparenta diminuir com a escolaridade, possuindo os indivíduos mais escolarizados uma rede social mais vasta.

Terminando a revisão relativa aos correlatos da solidão e analisando os estudos desenvolvidos por Cacioppo e colaboradores (2002a, 2002b), parece existir uma associação entre solidão e uma pobre qualidade subjetiva do sono. Em reforço desta ideia, alguns estudos mostraram que os sentimentos de solidão levam a uma menor satisfação do sono, mesmo que a sua duração não esteja diminuída (Carskadon, 2002; Jacobs, Cohen, Hammerman-Rozenberg e Stessman, 2006). Outros mostraram que a solidão faz a mediação entre a ligação do stress interpessoal, a existência de sintomas ansiosos, os sintomas depressivos e queixas somáticas de vários graus (Aanes, Hetland, Pallesen e Mittelmark, 2011).

Objetivos

Em síntese, viu-se que a solidão implica uma diminuição da quantidade das relações sociais e da sua qualidade, o que pode ter um impacto significativo em diferentes aspetos comportamentais e emocionais em pessoas idosas. Viu-se também que a solidão se relaciona com o aumento dos sintomas depressivos, podendo contribuir para uma pobre qualidade subjetiva do sono. Faltando assim, conhecer o que se passa nas instituições portuguesas e comparar com não institucionalizados:

1. Descrever a qualidade subjetiva do sono e analisar a intensidade dos sintomas depressivos e dos sentimentos de solidão em idosos institucionalizados;
2. Averiguar se a qualidade subjetiva do sono, sintomas depressivos e sentimentos de solidão em idosos institucionalizados são diferentes quando comparados com uma subamostra de idosos não institucionalizados;
3. Descrever o tipo de problemas de sono, analisando as frequências das respostas a cada item, da escala utilizada, por subamostra para estudar se existem diferenças entre as mesmas;
4. Verificar se existe algum efeito das variáveis sociodemográficas sobre a qualidade subjetiva do sono, sintomas depressivos e sentimentos de solidão;
5. Averiguar se existem diferenças relativas à frequência da toma de medicamentos entre a subamostra de idosos institucionalizados relativamente à subamostra de idosos não institucionalizados;
6. Estudar a relação entre índice de insónia, a qualidade subjetiva do sono, sintomas depressivos e sentimentos de solidão em idosos institucionalizados e verificar se essas relações são diferentes na subamostra de idosos não institucionalizados.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. O questionário sociodemográfico construiu-se com o objetivo de recolher informação relativa à idade, sexo, estado civil, escolaridade, e tipo de resposta social e uma pergunta sobre quem o/a visita (incluindo a ausência de visitas).

Questionário Sobre o Sono na Terceira Idade. O QSTI (Rodrigues, Marques e Espírito-Santo, 2011) foi adaptado do Índice de Qualidade de Sono (Gomes, 2005). É um instrumento utilizado para medir a qualidade de sono no idoso, sendo este constituído por um primeiro grupo de sete questões de rastreio geral com cinco opções de resposta tipo Likert, referindo-se a primeira questão à latência do sono; a segunda à insónia inicial; a terceira ao número de acordares; a

quarta à insónia final; a quinta ao prejuízo; a sexta à qualidade e a sétima à profundidade do sono. O segundo grupo de perguntas, referente aos correlatos do sono, é formado maioritariamente por 41 questões de resposta dicotómica (Sim/Não), à exceção de quatro itens que são de resposta breve: medicamentos para dormir; tempo de toma desses medicamentos e número e duração de sesta diurnas. Da análise elaborada por Rodrigues, Marques e Espírito-Santo (2011) obteve-se um alfa de Cronbach de 0,812, o qual segundo Pestana e Gageiro (2008) revela uma muito boa consistência interna. No nosso estudo o alfa de Cronbach foi de 0,70 o qual segundo Pestana e Gageiro (2008) revela uma consistência interna fraca. Tendo em consideração os critérios da DSM-5 (APA, 2013), foi então criado um índice de insónia com base nos seguintes aspetos: ter pontuação correspondente ao percentil 75 ou superior (correspondeu a 21 pontos nos dois grupos) e ter respondido “sim” no item “sente-se sonolento ou cansado durante o dia?”. Ou seja, sempre que um idoso tinha pontuação superior a 21 pontos, e tinha respondido “sim” na questão 2, era então codificado como tendo insónia. Se só tivesse presente uma dessas situações ou nenhuma, era então codificado como não tendo insónia. Uma vez que o QSTI só começou a ser implementado no ano de 2012, à data do nosso estudo tinham respondido 108 idosos da amostra (77,1%).

Escala Geriátrica da Depressão. A *Geriatric Depression Scale/GDS* (Yesavage et al., 1983) é um instrumento utilizado para avaliar a presença de sintomas depressivos nos idosos e é considerada a escala de rastreio mais completa no que respeita à avaliação desta população (Baldwin e Wild, 2004). A versão portuguesa utilizada neste estudo foi traduzida por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003). Trata-se de uma escala de heteroavaliação referente à última semana, constituída por 30 itens de resposta dicotómica (Sim/Não); cada um dos itens pode ser pontuado com 0 ou com 1; a pontuação total pode variar entre 0 e 30 pontos. Por cada resposta ‘sim’ nos itens 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 e 28 atribui-se um ponto. Por cada resposta ‘não’ nos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 atribui-se também um ponto. Diversos estudos demonstraram a sua validade (α de Cronbach = 0,94) e fidedignidade (κ = 0,94) (Coleman, Philip e Mullee, 1995). No nosso estudo o alfa de Cronbach foi de 0,87 o que segundo Pestana e Gageiro (2008) revela uma boa consistência interna.

À GDS responderam 139 idosos da amostra (99,3%) (o elemento em falta respondeu a parte da escala, tendo, possivelmente, desistido da avaliação).

Escala da Solidão. Escala de Solidão da Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA) é uma escala de heteroadministração, desenvolvida para avaliar os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social (Russel, Replau e Ferguson, 1978). Na sua origem era constituída

por 20 itens com quatro possibilidades de resposta variando do “nunca” ao “frequentemente”. Os itens da versão original foram construídos com frases usadas por indivíduos solitários como forma de descrever os seus sentimentos de solidão (Russel et al., 1978). A versão portuguesa da escala (Pocinho, Farate e Dias, 2010) está validada para a população idosa e é constituída por 16 itens em que a resposta varia do “nunca” ao “frequentemente” tal como a escala original. Todos os itens foram construídos de forma negativa, refletindo assim a frequência dos sentimentos de solidão. A pontuação pode variar dos 16 aos 64 pontos. A pontuação média verificada na versão portuguesa foi de 30,8; o ponto de corte de 32 o que significa que a pontuação acima deste valor corresponde à presença de solidão e abaixo deste valor à ausência de solidão.

As propriedades psicométricas em diversos estudos mostraram-se adequadas (κ = entre 0,8 e 1; escala total: α de Cronbach = 0,91; subescala isolamento: α de Cronbach = 0,87; subescala afinidade: α de Cronbach = 0,81). Na nossa escala total o alfa de Cronbach foi de 0,91 o que segundo Pestana e Gageiro (2005) revela uma muito boa consistência interna.

À UCLA responderam 69 idosos da amostra de 140, em parte pelo momento em que a UCLA foi incluída no projeto TDE (49,3%) e os dois restantes por se recusarem a completar a bateria.

Metodologia

Procedimentos

No âmbito da investigação “*Regulação Emocional em Idosos Institucionalizados*” inserida no *Projeto Trajetórias do Envelhecimento* do Departamento de Investigação do Instituto Superior Miguel Torga e para a recolha adicional de amostra da presente investigação foram contactadas duas instituições (Casa de Repouso de Coimbra e Santa Casa da Misericórdia de Soure) que fornecem resposta social à população idosa nos concelhos de Coimbra e Soure.

A recolha foi realizada por alunos/as mestrandos/as com treino e prática na avaliação (neuro)psicológica. O contacto prévio com as instituições consistiu na apresentação, descrição e solicitação para a aplicação do protocolo e incluiu 14 questionários de resposta rápida e um questionário sociodemográfico: Questionário da Saúde Física do Idoso; Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA); Escala de Solidão da Universidade da Califórnia, Los Angeles; Inventário Geriátrico da Depressão (GDS); Inventário Geriátrico da Ansiedade; Escala de Auto-Compaixão; Escala do Arrependimento; Lista de Afetos Positivos e Negativos; Escala sobre a Esperança; Escala sobre o Otimismo; Bateria de Avaliação Frontal; Escala de Bem-Estar Espiritual; Inventário de Mindfulness de Freiburg.

Depois das autorizações aprovadas, a recolha dos dados decorreu entre outubro de 2015 e março de 2016.

Explicaram-se os objetivos do estudo a cada idoso que de seguida preencheram os consentimentos informados não tendo havido nenhuma recusa. Durante a recolha, a investigadora monitorizou e apoiou os idosos que demoraram entre 1 a 2h a completar o protocolo.

Participantes

A população-alvo do nosso estudo era constituída por idosos institucionalizados (Lar e Centro de Noite), semi-institucionalizados (Centro de Dia e Unidade de Cuidados Continuados) e não institucionalizados da Região de Coimbra. Os idosos que integraram a amostra foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: idosos com idade superior a 65 anos; sem demência diagnosticada detetada através do Mini Mental (MMSE) e com pontuações no MoCA abaixo do percentil 25 (inferior a 7 pontos); sem afasia sensorial e/ou anterior¹ e ter preenchido o GDS, MoCA e MMSE.

Tal como se pode observar na Figura 1, a base pré-existente do Projeto Trajetórias do Envelhecimento incluía 1235 pessoas (englobando 51 idosos avaliados entre o mês de outubro de 2015 a março de 2016), destes foram removidos 803 por não cumprirem os critérios de inclusão. Dos 432 que reuniam os critérios de inclusão, não havia associação entre o sexo e o tipo de situação residencial ($\chi^2 = 1,03$; $p = 0,31$), havia diferenças significativas na idade, sendo os idosos institucionalizados mais velhos ($M = 80,19$; $DP = 6,48$; $t = 8,88$; $p < 0,001$); havia uma associação entre as categorias com/sem companheiro e a situação residencial, existindo mais pessoas sem companheiro entre os idosos institucionalizados (76,8%; $\chi^2 = 28,90$; $p < 0,001$); havia ainda associação entre os níveis de escolaridade e a situação residencial, existindo mais pessoas sem escolaridade ou baixa escolaridade entre os idosos institucionalizados (78,4%; $\chi^2 = 24,34$; $p < 0,001$) e ainda se verificou a ausência de associação entre a situação residencial e o número de visitas ($M = 64,01$; $\chi^2 = 7,68$; $p = 0,06$). Destes 432 foram selecionados 70 idosos institucionalizados e igual número de idosos não institucionalizados que reuniam condições de emparelhamento no que diz respeito à idade, sexo, escolaridade, estado civil e sem défice cognitivo.

¹ Na afasia sensorial ou de Wernicke a fala está preservada, mas a linguagem dos indivíduos é inapropriada e a compreensão está alterada e na afasia anterior ou de Broca os sujeitos falam pouco apesar de compreenderem a linguagem (Sousa, 2005).

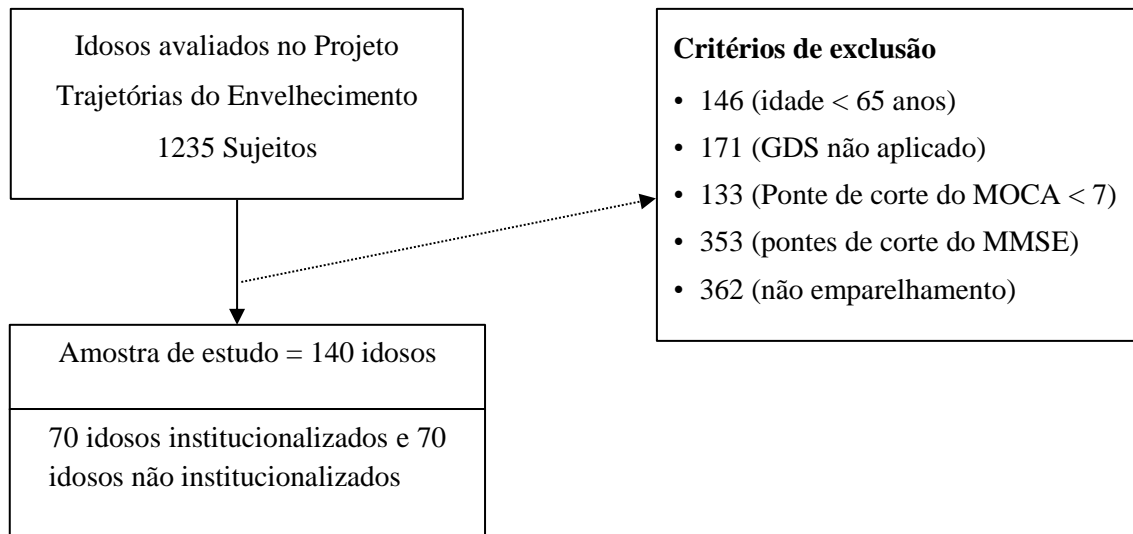


Figura 1. Etapas da seleção da amostra (linha contínua = participantes incluídos; linha descontinua = participantes excluídos).

Como se pode observar na Tabela 1, destes 140 participantes, 36 (25,7%) eram do sexo masculino e 104 (74,3%) do sexo feminino. A idade média dos indivíduos idosos institucionalizados era de 77,59 anos ($DP = 6,62$) e dos idosos não institucionalizados de 75,57 anos ($DP = 5,40$), sendo a idade mínima de 66 anos e a idade máxima de 96 anos. Relativamente ao estado civil, averiguámos que grande parte dos idosos era casado/união de facto ($n = 73$; 52,1%). No que se refere ao grau de escolaridade, constatámos que a maioria dos idosos relatava possuir o 1º ciclo do ensino básico ($n = 73$; 69,3%), seguido dos idosos que possuíam o ensino secundário ($n = 27$; 19,3%).

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica dos Idosos (N=140)*

		Total		Institucionalizados		Não institucionalizados		χ^2 / V
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Idade <i>M</i> = 76,58 <i>DP</i> = 6,10	61-70	25	17,9	12	48,0	13	52,0	0,07 ^d NS
	71-80	93	66,4	47	50,5	46	49,5	
	81-90	19	13,6	9	47,4	10	52,6	
	91-100	3	2,1	2	66,7	1	33,3	
Sexo	Masculino	36	25,7	18	50,0	18	50,0	< 0,001 ^e
	Feminino	104	74,3	52	50,0	52	50,0	
Estado Civil	Solteiro/a	4	2,9	2	50,0	2	50,0	0,38 ^f
	Separado/a ^a	9	6,4	4	44,4	5	55,6	
	Viúvo/a	54	38,6	28	51,9	26	48,1	
	Casado/a ^b	73	52,1	36	49,3	37	50,7	
Escolaridade	Sem escolaridade	6	4,3	3	50,0	3	50,0	0,51 ^g
	Lê e escreve ^c	18	12,9	9	50,0	9	50,0	
	1º ciclo (ensino básico)	73	52,1	36	49,3	37	50,7	
	2º ciclo (ensino básico)	16	11,4	8	50,0	8	50,0	
	Ensino secundário	27	19,3	14	51,9	14	48,1	

Notas: *M* = média; *DP* = desvio-padrão; ^a Separado/a ou divorciado/a; ^b Ou em união de facto; ^c Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade; *n* = número da amostra; χ^2 = Qui-Quadrado; *V* = *V* de Cramer; ^d Qui-Quadrado de independência (associação linear por linear); ^{NS} = Não significativo; ^e Qui quadrado de independência; ^f *V* de Cramer; ^g Qui-quadrado de independência.

Análise estatística

Para a análise dos resultados do estudo foi utilizado o programa *Statistical Package for the Science* (SPSS), versão 22 para Windows. Para a caracterização da amostra foi efetuada a estatística descritiva, com o cálculo das médias e desvios-padrão. No presente estudo as variáveis de critério foram a qualidade subjetiva do sono medido pelo QSTI, a depressão medida pelo GDS e a solidão medida pela UCLA.

Para estudar a normalidade foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk, visto ser mais potente para testar a normalidade (Razali, 2011), tendo-se verificado que as distribuições das pontuações do GDS na subamostra dos institucionalizados e da UCLA na subamostra dos não institucionalizados não apresentavam uma distribuição normal. No entanto os valores de

simetria e curtose do GDS ($Si = 0,80$; $Ku = 1,56$) não foram muito elevados, pelo que optámos pelo teste t de Student que é robusto à violação da normalidade. No entanto, isso não aconteceu com a UCLA ($Si = 4,62$; $Ku = 4,71$), pelo que optámos pelo teste U de Mann-Whitney (Marôco, 2011). Para análise da magnitude da diferença recorremos ao d de Cohen, considerando a seguinte tipologia: insignificante para valores inferiores a 0,19; pequeno para valores entre 0,20 e 0,49; médio para valores entre 0,50 e 0,79; grande para valores entre 0,80 e 1,29 e muito grande para valores superiores a 1,30 (Espírito-Santo e Daniel, 2015).

Para a descrição da nossa amostra foi realizada a estatística descritiva, com o cálculo das médias, desvios-padrão e frequências. Para confirmar que as amostras estavam emparelhadas recorreu-se ao Teste do Qui-quadrado de independência, associação linear por linear ou V de Cramer consoante a natureza da variável (nominal ou ordinal e número de categorias).

Posteriormente, utilizámos o r de Pearson para avaliar a intensidade das relações das variáveis em estudo, e para a análise das correlações com o índice de insónia recorremos à correlação ponto-bisserial utilizada para medir a correlação entre uma variável dicotómica e uma variável numérica (Marôco, 2011). Neste estudo considerámos a tipologia de Cohen (1988) para analisar as correlações: de 0,10 a 0,29 considera-se uma correlação baixa, de 0,30 a 0,49 considera-se uma correlação moderada e acima de 0,50 uma correlação alta.

Resultados

Na Tabela 2, podemos analisar as médias e desvios-padrão das pontuações nos instrumentos utilizados no nosso estudo. Observámos que os sentimentos de solidão foram superiores nos idosos que se encontravam institucionalizados ($t = 3,62$; $p = 0,001$). Por outro lado, as pontuações do GDS ($t = 0,68$; $p = 0,500$) e do QSTI ($t = 0,72$; $p = 0,473$) não parecem estar relacionadas com a situação residencial. Para avaliar a magnitude da diferença de médias de dois grupos utilizou-se a medida de dimensão de d de Cohen (1988) através de um programa disponível *online* (Ellis, 2009). Assim, verificou-se que a UCLA e o QSTI apresentaram um tamanho de efeito considerado grande e o GDS apresenta um tamanho de efeito médio.

Tabela 2

Comparação da Qualidade Subjetiva do Sono (QSTI), Sintomas Depressivos (GDS) e Solidão (UCLA) entre Dois grupos Definidos pela Situação Residencial

	Total			Institucionalizados			Não Institucionalizados			<i>t/d</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
QSTI	108	18,74	5,04	32	18,32	5,40	64	19,03	4,80	0,72 ^{NS} /1,05
GDS	139	11,15	6,36	70	11,51	6,95	69	10,78	5,74	0,68 ^{NS} /0,75 [†]
UCLA	69	30,25	10,35	36	34,22	10,03	33	25,91	8,96	3,62 ^{**} /0,87 [‡]

Notas: QSTI = Questionário Sobre o Sono na Terceira Idade; GDS = Inventário Geriátrico da Depressão; UCLA = Escala de Solidão da Universidade da Califórnia, Los Angeles; *N* = total da amostra; *M* = média; *DP* = desvio padrão; *n* = total da subamostra; *t* = teste de Levene; *d* = Teste de Cohen.

^{**} $p < 0,01$.

^{NS} = não significativo.

[†] = tamanho do efeito médio.

[‡] = tamanho do efeito grande.

Para melhor se compreender o tipo de problemas de sono fizemos uma análise das frequências das respostas a cada item por situação residencial (Tabela 3). Através da análise do qui-quadrado de independência para cada item verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o “tempo que demora a adormecer” e a situação residencial ($p = 0,05$).

Tabela 3

Frequências das Alterações Subjetivas do Sono (QSTI, Questionário sobre o Sono na Terceira Idade) por Situação Residencial (Institucionalizados: $n = 44$ e Não-Institucionalizados: $n = 108$)

Itens do QSTI		Institucionalização					χ^2
		Sim <i>n</i>	%	Não <i>n</i>	%	<i>n</i>	
Tempo que demora a adormecer	1 a 14 minutos	19	43,2	18	28,1	37	0,05*
	15 a 30 minutos	12	27,3	23	35,9	35	
	31 a 45 minutos	2	4,5	7	10,9	9	
	46 a 60 minutos	8	18,2	4	6,3	12	
	Mais de 60 minutos	3	6,8	12	18,8	15	
Dificuldade em adormecer	Nunca	8	18,2	12	18,8	20	0,31
	Raramente	19	43,2	17	26,6	36	
	Algumas vezes	9	20,5	17	26,6	26	
	3 a 4 noites por semana	3	6,8	3	4,7	6	
	Quase todas as noites	5	11,4	15	23,4	20	
Vezez que acorda	0 vezes	5	11,4	6	9,4	11	0,67
	Uma vez	13	29,5	16	25,0	29	
	2 a 3 vezes	19	43,2	36	56,3	55	
	4 a 5 vezes	5	11,4	5	7,8	10	
	Seis ou mais vezes	2	4,5	1	1,6	3	
Acordar antes da hora	Nunca	7	15,9	9	14,1	16	0,48
	Raramente	12	27,3	14	21,9	26	
	Algumas vezes	12	27,3	18	28,1	30	
	3 a 4 noites por semana	3	6,8	1	1,6	4	
	Quase todas as noites	10	22,7	22	34,4	32	
Acordar antes é problema	Nada	18	40,9	34	53,1	52	0,26
	Muito pouco	9	20,5	8	12,5	17	
	Um pouco	7	15,9	14	21,9	21	
	Muito	10	22,7	7	10,9	17	
	Muitíssimo	0	0,0	1	1,6	1	
Qualidade do Sono	Muito mau	2	4,3	7	10,9	9	0,42
	Mau	16	34,0	32	50,0	48	
	Razoável	21	44,7	17	26,6	38	
	Bom	4	8,5	8	12,5	12	
	Muito bom	1	2,1	0	0,0	1	
Profundidade do Sono	Muito leve	4	8,5	3	4,7	7	0,20
	Leve	7	14,9	10	15,6	17	
	Mais ou menos pesado	13	27,7	14	21,9	27	
	Pesado	19	40,4	32	50,0	51	
	Muito pesado	1	2,1	5	7,8	6	

Notas: n = total da subamostra; χ^2 = qui-quadrado da independência.

Na Tabela 4 apresentamos as diferenças das pontuações médias dos nossos instrumentos pelas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e escolaridade). Relativamente ao estado civil encontramos diferenças significativas no GDS ($p < 0,05$).

Tabela 4

Comparação da Qualidade Subjetiva do Sono (QSTI), Sintomas depressivos (GDS) e Sentimentos de Solidão (UCLA) entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas

		QSTI		GDS		UCLA	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo	Masculino	17,97	4,93	10,03	5,87	27,77	9,26
	Feminino	19,07	5,08	11,54	6,51	31,06	10,64
Teste <i>t</i> ; <i>p</i>		<i>t</i> = 1,03; <i>p</i> = 0,88		<i>t</i> = 1,23; <i>p</i> = 0,27		<i>t</i> = 1,14; <i>p</i> = 0,32	
Idade	61-70	17,67	5,65	9,96	6,31	25,75	5,66
	71-80	19,16	4,57	12,05	6,03	32,25	11,18
	81-90	18,06	6,28	8,79	7,43	27,62	9,31
	91-100	17,67	5,65	9,96	6,31	25,75	5,66
ANOVA (<i>F</i>); <i>p</i>		<i>F</i> = 0,82; <i>p</i> = 0,44		<i>F</i> = 2,02; <i>p</i> = 0,11		<i>F</i> = 2,48; <i>p</i> = 0,91	
Estado-civil	Sem companheiro	18,59	4,85	11,64	7,04	32,00	11,15
	Com companheiro	18,88	5,25	10,71	5,70	28,54	9,35
Teste <i>t</i> ; <i>p</i>		<i>t</i> = 0,30; <i>p</i> = 0,35		<i>t</i> = 0,85; <i>p</i> = 0,02		<i>t</i> = 1,40; <i>p</i> = 0,22	
Escolaridade	Sem escolaridade	18,50	4,38	12,00	7,09	32,90	11,79
	Com escolaridade	18,27	5,26	10,88	6,32	29,80	10,13
Teste <i>t</i> ; <i>p</i>		<i>t</i> = 0,13; <i>p</i> = 0,53		<i>t</i> = 0,65; <i>p</i> = 0,59		<i>t</i> = 0,88; <i>p</i> = 0,42	

Notas: *t* = teste de Levene; *p* = nível de significância; ANOVA (*F*) = Análise de Variância; *M* = média; QSTI = Questionário do Sono na Terceira Idade; *DP* = Desvio padrão; GDS = Inventário Geriátrico da Depressão; UCLA = Escala de Solidão da Universidade da Califórnia, Los Angeles.

Quisemos ainda saber quantos idosos tomavam medicação por subamostra (Tabela 5) para percebermos se existia alguma diferença entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Assim, através de uma análise de frequências descritivas e qui-quadrado de independência verificamos que não existia uma associação significativa entre a toma de medicamentos e o tipo de situação residencial. Verificamos também que 92 (65,71%) idosos não responderam.

Tabela 5*Frequência de Medicação para Dormir por Situação Residencial (N = 140)*

	Institucionalizados (n = 41)		Não Institucionalizados (n = 64)		χ^2
	Sim	Não	Sim	Não	
Toma de Medicamentos	22	19	29	35	0,40
Total (“Sim”)	48				

Notas: n = total da subamostra; χ^2 = qui-quadrado da independência.

Na Tabela 6 exibimos as correlações entre o índice de insônia, a pontuação total dos itens de resposta tipo Likert do QSTI, a sintomatologia depressiva e os sentimentos de solidão. A análise das correlações revela que o índice de insônia se relaciona de forma positiva e significativa com a pontuação total dos itens de resposta tipo Likert do QSTI nas duas subamostras, relacionando-se no entanto apenas de forma positiva e significativa com o GDS na subamostra dos idosos não institucionalizados. Os resultados mostram ainda que a pontuação total dos itens de resposta tipo Likert do QSTI se relacionam de forma positiva e significativa com o GDS nas duas subamostras. O GDS relaciona-se ainda de forma positiva e significativa com a UCLA nas duas subamostras.

Tabela 6*Correlações de Pearson (Índice de Insônia, Total do QSTI, GDS e UCLA) por Situação Residencial*

	Institucionalizados				Não institucionalizados			
	Ii	QSTI	GDS	UCLA	Ii	QSTI	GDS	UCLA
Ii	—	0,63**	0,22	0,01	—	0,74**	0,39**	-0,03
QSTI		—	0,39**	0,31		—	0,35**	0,08
GDS			—	0,58**			—	0,58**
UCLA				—				—

Notas: Ii = Índice de Insônia; QSTI = Questionário sobre o Sono na Terceira Idade (itens do rastreio geral); GDS = Inventário Geriátrico da Depressão; UCLA = Escala de Solidão da Universidade da Califórnia, Los Angeles.

** Correlação significativa no nível de 0,01.

Discussão e Conclusão

Com a idade a avançar o idoso sofre frequentemente alterações no sono. Parece existir também uma associação entre solidão e uma pobre qualidade subjetiva do sono. Em reforço desta ideia, a literatura mostrou que os sentimentos de solidão se associam a uma menor satisfação do sono, mesmo que a sua duração esteja diminuída. Mostrou também que a solidão se associa a sintomas depressivos. Sabe-se ainda que na institucionalização são frequentes os problemas de sono, depressão e solidão.

Relativamente às variáveis em estudos, nem todos os resultados obtidos vão de encontro a conclusões de investigações anteriores.

Face a sentimentos de solidão, os resultados do presente estudo mostram que os idosos institucionalizados apresentam mais sentimentos de solidão comparativamente com os idosos não institucionalizados, corroborando investigações anteriores, tais como a de Barroso (2006), o qual concluiu que os idosos institucionalizados apresentam níveis de solidão superiores a idosos que vivem em contexto comunitário. Esta conclusão será facilmente entendida à luz de que é essencial ressaltar que os laços familiares são quebrados na maioria das vezes pois muitos idosos referem que a relação com os que amam se alterou, sendo que muitos deles não os visitam regularmente.

Contrariamente, na presente amostra não existe relação entre as duas subamostras e os sintomas depressivos, opondo-se estes resultados a estudos anteriores (e.g., Neto e Corte-Real, 2013) os quais indicam a presença de sintomatologia ligeira ou grave em idosos institucionalizados. Frequentemente os idosos institucionalizados têm que se adaptar a outras regras e rotinas diferentes das que estavam habituados. Isto leva a que se sintam mais deprimidos, desanimados e com poucas expectativas de autoeficácia (Paúl, 1996).

Na mesma linha de raciocínio encontramos a ausência de relação entre a qualidade de sono nos dois grupos definidos pela situação residencial. Por outro lado, a nossa experiência diz-nos que os idosos institucionalizados apresentam maior número de perturbações do sono o que é corroborado pelo estudo de Araújo e Ceolim (2010) os quais verificaram uma maior prevalência de perturbações de sono em idosos institucionalizados do que em idosos residentes em comunidade.

Em função do objetivo enunciado anteriormente, relativo à descrição de problemas de sono nos idosos em função das subamostras, apenas foram utilizados os itens de resposta tipo Likert do QSTI (correspondendo estes ao rastreio geral da escala). Em virtude da análise das alterações subjetivas do sono, os resultados do presente estudo (tendo em conta o item de resposta de 60

minutos, na questão relativa ao “tempo de demora a adormecer”) indicam que os idosos não institucionalizados necessitam de mais de 60 minutos para adormecer comparativamente com idosos institucionalizados. Este tempo de demora, vai de encontro a um estudo realizado com a população idosa no geral, o qual indica um aumento de tempo a adormecer devido a fatores como a hora de se deitarem ser mais cedo ou as sextas diurnas (Bruce, Bruce e Vannelaganti, 2009). Considera-se que as diferenças de tempo de sono encontradas neste estudo nas subamostras poderão ser explicadas pela toma de medicamentos ser elevada nos idosos institucionalizados (e.g. Adivinha, Martins, Mateus, Pajote e Lopes, 2014). Contudo e apesar a literatura falar sobre a polimedicação dos idosos institucionalizados não foram encontradas associações significativas no nosso estudo em relação à situação residencial o que provavelmente se deve a 65,71 % dos inquiridos não responderam à questão relacionada com a toma de fármacos.

Relativamente à comparação das variáveis em estudo em virtude das variáveis sociodemográficas, foram encontradas diferenças significativas na variável sintomas depressivos e no estado civil. Estes dados possivelmente estarão relacionados com o emparelhamento de sujeitos realizado para o desenvolvimento do presente estudo uma vez que a realidade institucional se opõe aos dados obtidos na variável qualitativa estado-civil, estando estes idosos maioritariamente viúvos.

Ainda em virtude à comparação das variáveis em estudo e ainda apoiando o estudo de Savikko e colaboradores (2005) poderíamos prever que quanto maior o nível de escolaridade menores seriam os sentimentos de solidão, contudo, não foram encontradas diferenças significativas nos sentimentos de solidão pelos níveis de escolaridade, opondo-se estes resultados a um outro estudo de Liu e Gui (2007) em que os autores referem existir uma associação consistente entre a baixa escolaridade e a solidão. Estes resultados devem-se possivelmente ao facto dos idosos da nossa amostra terem sido emparelhados em relação a esta variável, sendo maioritariamente escolarizados (1^a ciclo do ensino básico seguido do ensino secundário).

Relativamente às variáveis qualidade subjetiva do sono e sentimentos de solidão em função do estado civil não foram igualmente encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Em virtude da análise correlacional em função da situação residencial, os resultados da presente investigação mostram que quanto maior o índice de insónia pior a qualidade do sono nas duas subamostras, indo estes dados de encontro aos dados relatados pela American Psychiatric Association (2013).

Face ao índice de insónia desenvolvido para efeitos do presente estudo, foram encontradas relações positivas e significativas com os sintomas depressivos nos idosos não

institucionalizados, corroborando estes resultados estudos como Cole e Dendukuri (2003) que verificaram que a insónia não tratada pode resultar em depressão e que a presença de humor deprimido pode estar na causa do desenvolvimento de insónia. Mais uma vez este resultado pode dever-se ao facto de a grande maioria dos idosos do nosso estudo não terem respondido à questão sobre a toma de medicamentos pois sabe-se que a maior parte dos idosos institucionalizados estão polimedicados, apresentando perturbações do sono e sintomas depressivos.

Verificou-se ainda uma relação positiva e significativa entre a qualidade subjetiva do sono e os sintomas depressivos nas duas subamostras, corroborando estes resultados com um estudo realizado por Babar et al., (2000) que mostrou que a dificuldade em dormir está associada a uma pior qualidade de vida e a sintomas depressivos. Outro estudo realizado por Cho et al., (2008) demonstrou que as perturbações do sono predizem a depressão.

Relativamente aos sintomas depressivos, verificou-se que quanto mais sintomas depressivos são apresentados pelos idosos maior é a solidão nas duas subamostras corroborando estes resultados com um estudo realizado por Texeira, 2010. Ora se um idoso se sente mais deprimido sente-se mais só na medida em que há uma clara perda do interesse ou prazer em todas ou em quase todas as atividades durante a maior parte dos dias, ou quase todos os dias (APA, 2013).

Chegado a este ponto importa refletir sobre as limitações do nosso estudo. O facto de termos mais mulheres do que homens pode ter condicionado a análise estatística realizada das variáveis em estudo em função do sexo. Sabemos que a população idosa e principalmente institucionalizada é maioritariamente viúva e sem escolaridade o que não se verificou no nosso estudo, sendo os idosos da nossa amostra maioritariamente casados ou encontram-se a viver em união de facto e na sua grande maioria são escolarizados. Apontamos ainda como limitação o facto de grande parte dos idosos da nossa amostra não terem respondido à questão sobre a toma de medicamentos. Ora, sabe-se que a grande maioria dos idosos institucionalizados se encontram polimedicados o que não se verificou no nosso estudo devido à ausência de respostas.

Apesar da intenção em emparelhar os idosos em relação ao sexo, não foi possível na sua totalidade devido à impossibilidade de emparelhamento com as outras variáveis (tomámos com mais importante o emparelhamento com as variáveis: idade, estado civil e escolaridade).

Deste modo, propõem-se a realização de novas investigações com um tamanho de amostra superior para que o emparelhamento seja o mais similar possível. Propõe-se ainda uma comparação mais exaustiva entre a amostra do TDE e a amostra emparelhada. Quanto à toma

de medicação seria importante haver um contacto formal com a equipa de enfermagem ou médica das instituições a fim de obter dados mais fidedignos.

Conclusão

Não houve diferenças na qualidade subjetiva do sono pelo tipo de resposta social ainda que haja mais sintomas depressivos e sintomas de solidão nos idosos institucionalizados. Não encontramos também relação entre o sono e a solidão nos idosos institucionalizados.

Em relação à toma de medicamentos não se verificou uma associação entre a toma de medicamentos e o tipo de resposta social o que vai contra o esperado no que respeita aos idosos institucionalizados sendo estes na sua maioria polimedicados.

Bibliografia

- Aanes, M. M., Hetland, J., Pallesen, S. e Mittelmark, M.B. (2011). Does loneliness mediate the stress-sleep quality relation? The Hordaland Health Study. *International Psychogeriatric Association*, 23(6), 994-1002. doi: 10.1017/S1041610211000111
- Adivinha, M. A., Martins, S. O., Mateus, V., Pajote, S. G. e Lopes, M. J. (2014). Medication regimen complexity in institutionalized elderly people in na aging society. *International Journal of Clinical Pharmacy*. doi: 10.1007/s11096-014-9963-4
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ancoli-Israel S. (2005). Sleep and aging: prevalence of disturbed sleep and treatment considerations in older adults. *Journal of Clinical Psychiatry*. 66(9), 24–30.
- Ancoli-Israel, S. e Cooke, J.R. (2005). Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly populations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, S264-S271. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53392.x
- Araújo, C. L. O. e Ceolim, M. F. (2010). Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 619-626.
- Armitage R. (2000). The effects of antidepressants on sleep in patients with depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 803–809.
- Babar, S. I., Enright, P. L., Boyle, P., Foley, D., Sharp, D. S., Petrovitch, H. e Quan, S. F. (2000). Sleep Disturbances and their correlates in elderly japanese american men residing in Hawaii. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 55(7), M406-M411.
- Baldwin, R. e Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139. doi: 10.1192/apt.10.2.131
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental: estudo de epidemiologia psiquiátrica*. Dissertação de doutoramento, Universidade do Porto, Porto.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. e Sobral, M. (2003). *Escala de depressão geriátrica*. Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Barroso, V. L. e Tapadinhas, A. R. (2006). Órfãos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*, 1-13. Acedido em, 2, Julho, 2016, em [http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Orfãos Geriatricas.pdf](http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Orfãos%20Geriatricas.pdf)
- Blazer D. (2002) *Depression in Late Life*. New York: Springer.

- Bruce, E. N., Bruce, M. C. e Vennelaganti S. (2009). Sample entropy tracks changes in electroencephalogram power spectrum with sleep state and aging. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 26(4), 257-266. doi:10.1097/WNP.0b013e3181b2f1e3
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Berntson, G. G., Ernst, J. M., Gibbs, A. C., Stickgold, R. e Hobson, J. A. (2002a). Do lonely days invade the night? Social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13, 385–388.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., ... Berntson, G. G. (2002b). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 407–417.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C. e Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross- sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151. Doi: 10.1037/0882-7974.21.1.140
- Carskadon, M. (2002). *Adolescent sleep patterns: Biological, social and psychological influences*. Cambridge: Cambridge University Press, 69–117.
- Cho, H. J., Lavretsky, H., Olmstead, R., Levin, M. J., Oxman, M. N. e Irwin, M. R. (2008). Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1543-1550. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07121882
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). New York: Lawrence Erlbaum Pub.
- Coleman, P., Philip, I. e Mullee, M. (1995). Does the use of geriatric depression scale make redundant the need for separate measures of well-being on geriatric wards? *Age and Aging*, 24(5), 416-420.
- Cole, M. G. e Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta- analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1147-1156. doi: 10.1176/appi.ajp.160.6.1147
- Cole, M. G. e Yaffe, M. (1996). Pathway to Psychiatric care of the elderly with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 157-161. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199602)11:2<157::AID-GPS304>3.0.CO;2-S
- Cooke, J. R. e Ancoli-Israel, S. (2011). Normal and abnormal sleep in the elderly. *Handbook of Clinical Neurology*, 98, 653-665. doi:10.1016/B978-0-444-52006-7.00041-1
- Crowly, K. (2011). Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychol Ver*, 21, 41-53. doi: 10.1007/s11065-010-9154-6
- Dew, M. A., Hoch, C. C., Buysse, D. J., Monk, T. H., Begley, A. E., Houck, P. R., ... Reynolds, C. F. (2003). Healthy older adults' sleep predicts all-cause mortality at 4 to 19 years of follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 63 – 73. doi: 10.1097/01.psy.0000039756.23250.7c
- De Jong-Gierveld, J. e Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal of Aging*, 23(2), 109–113.
- DiTommaso, E., Brannen, C., e Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), 99-119. doi: 10.1177/0013164403258450
- Doraiswamy, P., Khan, Z.M., Donahue, R. M. J. e Richard, M. E. (2002). The spectrum of quality- of-life impairments in recurrent geriatric depression. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57(2), M134-M137.
- Espírito-Santo, H., e Daniel, F. B. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do $p < 0,05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 3–16.
- Espirito (2008). Aging related- sleep changes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24(1), 1-14. doi:10.1016/j.cger.2007.08.007

- Foley, D., Ancoli-Israel, S., Britz, P. e Walsh, J. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 497–502. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.02.010
- Fonseca, A. M. (2005). *O envelhecimento bem sucedido*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Furstenberg, A. L. (2002). Trajectories of aging: imagined pathways in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 55(1), 1-24.
- Galimi, R. (2010). Insomnia in the elderly: an update and future challenges. *Giornale di Gerontologia*, 58, 231-247.
- Gomes, A. C. A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Gursky, J. T. e Krahn, L. E. (2000). The effects of Antidepressants on sleep: a review. *Havard Rev Psychiatry* 8(6), 298-306.
- Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G. e Jivan, T. (2004). Social isolation and loneliness: Differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 129-140.
- Holvast, F., Burger, H., Waal, M. M. W., Marwijk, W. J, Comijs, H. C. e Verhaak, P. F. M. (2015). Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *Journal of Affective Disorders*, 185, 1-7. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.036
- Houtjes, W., Meijel, B., Vem, P. M., Deeg, D., Tilburg, T. e Beekman, A. (2014). The impact of an unfavorable depression course on network size and loneliness in older people: a longitudinal study in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 1010-1017. doi: 10.1002/gps.4091
- Jacobs, J. M., Cohen, A., Hammerman-Rozenberg, R. e Stessman, J. (2006). Global sleep satisfaction of older people: The Jerusalem Cohort Study. *Journal of the American Geriatric Society*, 54, 325-329. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00579.x
- Krishnan, P. e Hawranik, P. (2008). Diagnosis and management of geriatric insomnia: a guide for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(2008), 590-599. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00366.x
- Liu, L. e Guo, Q. (2007). Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 16(8), 1275-1280. doi: 10.1007/s11136-007-9250-0
- Lloyd-Sherlock, P. (2002) *Ageing, development and social protection: a research agenda*. In: United Nations Research Institute for Social Development Conference on 'Ageing, Development and Social Protection', 8-9 April 2002, Madrid, Spain.
- Monane, M. (1992). Insomnia in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(1), 23-28.
- Neikrug, A. B. e Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in the older adult – a mini-review. *Gerontology*, 56(2), 181-189. doi: 10.1159/000236900
- Neto, M. J., e Corte-Real, J. (2013). A pessoa idosa institucionalizada: depressão e suporte social. *Journal of Aging and Innovation*, 2, Acedido em 8, Junho, 2016, em <http://journalofagingandinnovation.org/volume2-edicao3-julho2013/a-pessoainstitucionalizada/>
- Neto, F. (2000). *Psicologia social (Vol. II)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Review*, 6, 97-111. doi: 10.1053/smr.2002.0186
- Ohayon, M. M. e Vecchierini M. F. (2005). Normative sleep data, cognitive function and daily living activities in older adults in the community. *Sleep*, 28(8), 981-989.
- Paúl, M. C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: SHO.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A Complementariedade do SPSS (4ª ed.)*. Lisboa: Edição Sílabo.

- Penna, F. B. e Santo, F. H. E. (2006). O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(1), 17-24. Acedido em 9, Junho, 2016, em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Pinquart, M. e Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A MetaAnalysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.
- Pocinho, M., Farate, C. e Dias, C. A. (2010). Validação psicométrica da escala UCLA-Loneliness para idosos portugueses. *Interações*, 10(18), 65-77.
- Quinhones, M. S. e Gomes, M. M. (2011). Sono no envelhecimento normal e patológico: aspetos clínicos e fisiopatológicos. *Revista Brasileira de Neurologia*, 47(1), 31-42.
- Razali, N. M. (2011). Power Comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling Tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21-23.
- Roberts, R. E., Shema, S. J., Kaplan, G. A. e Strawbridge. W. J. (2000). Sleep Complaints and depression in na aging cohort: a propsective perspective. *American Journal of Psychiatric*, 157, 81-88. doi: 10.1176/ajp.157.1.81
- Rodrigues, P., Marques, M., e Espírito-Santo, H. (2011). *Relação entre a memória e função construtivo-prática e o défice cognitivo*. Sessão de poster apresentado nas 1ª Jornadas de Investigação do 2º Ciclo em Psicologia Clínica, Coimbra.
- Roepke, S. K. e Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in the elderly. *Indian Journal of Medical Research*, 131, 302-310.
- Russell, D., Replau, L. e Ferguson, M. (1978). Developing a Measure of Loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Sanford, J. R. A. (1975). Tolerance of debility in elderly dependants by supporters at home: its significance for hospital practice. *British Medical Journal*, 3, 471-473.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E. e Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), 223-233. doi: 10.1016/j.archger.2005.03.002
- Schmidt, C., Peigneux, P. e Cajochen, C. (2012). Age-related changes in sleep and circadian rhythms: impact on cognitive performance and underlying neuroanatomical networks. *Frontiers in Neurology*, 3(118), 1-11. doi: 10.3389/fneur.2012.00118
- Scocco, P., Rapattoni, M., e Fantoni, G. (2006). Nursing home instutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 281-287. doi: 10.1002/gps.1453
- Silvestre, J. A. e Costa-Neto, M. M. (2003). Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 839-847.
- Smith, H. M. (2007). Psychological service needs of older women. *Psychological Services Journal*, 4, 277-286. doi:10.1037/1541-1559.4.4.277
- Sousa, P. M. L. (2005). Afasia- Como Intervir? *O Portal Dos Psicólogos*. Coimbra.
- Teixeira, L.M.F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo explorativo e implementação de um programa de intervenção*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Vaz, S. F. A., Gaspar, N. M. S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 49-58.
- Victor, C. R. e Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United kingdom. *Journal of Psychology*, 146(1-2), 85-104. doi: 10.1080/00223980.2011.613875
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. e Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-42.

- Walsh, J. K. e Engelhardt, C. L. (1999). The direct economics costs of insomnia in the United States for 1995. *Sleep*, 1, S386-393.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva.
- Zebhauser, A., Hofmann- Xu, I., Baumert, J., Häfner, S., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., ... Ladwig, K. H. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA- age study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(3), 245-252. doi: 10.1002/gps.3998